



Solicitud al programa de distribución de insulina

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE – POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre: _____ ID del cliente _____ Masculino o Femenino _____
Apellido Nombre

Dirección postal: _____ Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____
(Debe ser una dirección de calle.)

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Actualmente soy un residente de la Florida. Pretendo seguir siendo un residente de la Florida. _____ Sí _____ No

Tengo diabetes y requiere insulina. (Receta adjunta.) _____ Sí _____ No

No tengo Medicaid o seguro médico que cubra insulina, o tengo un copago de seguro o un deducible que no puedo pagar. _____ Sí _____ No

El ingreso anual neto de mi familia es \$_____.

Hay _____ personas en mi familia.

Mis ingresos, aparte de mi vivienda, están por debajo de \$2,500. _____ Sí _____ No

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Sufrir de algún tipo de alergias o sufre de reacciones adversas a medicamentos? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí, por favor mencione el(los) medicamento(s):

Enumere el(los) medicamento(s) recetado(s) que toma actualmente y que no fueron recibidos de Central Pharmacy:

Enumere los medicamentos de venta libre que está tomando actualmente:

Por favor señale si sufre de algunas de las condiciones de salud enumeradas a continuación:

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | |
| | <input type="checkbox"/> Coagulación de la sangre | |

Reconozco que toda la información proporcionada es verdadera según mi conocimiento. Entiendo que si hay cambios en mi ingreso o bienes, debo informar de tal cambio al departamento de salud del condado (CHD, por sus siglas en inglés) en un plazo de 90 días a partir del cambio. Entiendo que CHD podrá verificar la información de ingresos que proporciono. Entiendo que cualquier declaración intencionalmente falsa o engañosa emitida por mí podrá ser considerada como un delito menor de segundo grado, y podría resultar en mi pérdida de elegibilidad del programa.

Por favor envíe por correo mi receta a: _____ la dirección que anoté arriba o _____ CHD a _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD: A SER COMPLETADA POR CHD – MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA

Certifico que, con base en la información proporcionada por el solicitante y de acuerdo con el Capítulo 64F-18, F.A.C., este solicitante

es elegible para el Programa de distribución de insulina

es elegible para el Programa de distribución de insulina como cliente actual con un ingreso familiar anual neto de 101 a 200% del nivel de pobreza federal establecido, que satisface todos los criterios de elegibilidad, y no tiene recursos para adquirir insulina y no se puede encontrar ninguna otra fuente para su insulina. A este cliente se le debe cobrar una tarifa por la insulina con base en una escala móvil de honorarios tal y como se establece en el Capítulo 64F-16, F.A.C.

no es elegible para el Programa de distribución de insulina

Firma del empleado de CHD

Fecha de determinación de la elegibilidad

Fecha de vencimiento de la elegibilidad
(un año después de la fecha de determinación)

EMISIÓN DE EMERGENCIA: A SER COMPLETADA POR CHD

Este solicitante no es elegible para el Programa de distribución de insulina pero ha declarado que él/ella no tiene los recursos para adquirir insulina. No se puede encontrar otra fuente para su insulina; por lo tanto este solicitante es elegible para recibir un suministro de emergencia de insulina de un mes, sin costo alguno, una vez en un periodo de 12 meses.

Firma del empleado de CHD

Date

RECORDATORIO DE LA EDUCACIÓN DE AUTOGESTIÓN DE LA DIABETES (DSME, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Se recomienda al personal de CHD usar la oportunidad presentada mientras determinan la elegibilidad para el Programa de distribución de insulina, para preguntarle al cliente si él/ella ha asistido a una clase DSME. Si el cliente no ha asistido a clase, el personal de CHD le proporcionará la información de las clases disponibles en el condado o cerca de él. Esta información se puede obtener en <http://www.diabeteseducator.org/ProfessionalResources/accred/Programs.html#Florida> o http://professional.diabetes.org/erp_zip_search.aspx

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD AL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE INSULINA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: ayude al solicitante a completar la información de esta sección. Puede ser necesario leerle o explicarle esta sección al solicitante.

Una receta que incluya la siguiente información debe ir adjunta a este formulario:

- Nombre de la persona (escrito o impreso)
- Fecha de nacimiento de la persona
- Número de la licencia estatal de médico y número DEA si procede
- Nombre del médico (escrito o impreso)
- Firma del médico
- Número telefónico del médico
- Fecha de la receta
- Tipo de insulina (R - Regular, N-Intermedia o 70/30)
- Dosis del medicamento
- Recargas permitidas y, de serlo, cuántas veces

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD: Determinar la elegibilidad del solicitante con base en los siguiente criterios:

- Es un residente auto declarado de la Florida
- Tiene diabetes
- No tiene seguro, o no tiene un seguro que cubra la insulina, o tienen un deducible o copago del seguro que el solicitante no puede pagar
- Tiene un ingreso neto familiar en o inferior a 100% de los niveles de pobreza
- No tienen más de \$2,500 en fondos privados, cuentas bancarias o activos que no sean la vivienda
- No es un beneficiario actual de Medicaid

CHD determinará la elegibilidad de acuerdo con sus procedimientos escritos. CHD podrá exigir documentos de ingreso o aceptar la autodeclaración de acuerdo con la política local. La auto declaración de residencia en la Florida, el estatus de seguro y los activos son aceptables.

Si CHD tiene una farmacia local, CHD retendrá el formulario original de la solicitud médica.

Si CHD no tiene una farmacia local, envíe por correo la solicitud original y receta médica a:

Central Pharmacy
116-A Hamilton Park Drive
Tallahassee, FL 32304
(850) 922-9036 o (800) 554-4584